



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **111128** (13) **C2**
(51) МПК
A61B 17/11 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

<p>(21) Номер заявки: а 2015 03964</p> <p>(22) Дата подання заявки: 24.04.2015</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 25.03.2016</p> <p>(41) Публікація відомостей про заяву: 10.08.2015, Бюл.№ 15</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.03.2016, Бюл.№ 6</p>	<p>(72) Винахідник(и): Керничний Віталій Володимирович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: UA 61773 А, 17.11.2003 RU 2534605 С1, 27.11.2014 RU 2088157 С1, 27.08.1997 Захараш М.П., Пойда О.І. та інш. Функціональні результати низьких резекцій прямої кишки // Клиническая онкология, Специальный выпуск I (2011). - С. 27-29 Атлас абдоминальной хирургии / Эмилио Итала; [пер. с англ. Ю.Б. Мартова]. - М: Медицинская литература, Т. III, 2008, 448 с.</p>
---	---

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ ПРИ НИЗЬКІЙ ПЕРЕДНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

(57) Реферат:

Винахід належить до медицини, а саме до проктології та онкопроктології. Спосіб формування анастомозу при низькій передній резекції прямої кишки полягає у накладанні кисетного шва на куксу прямої кишки ручним способом для формування апаратного шва циркулярним зшиваючим апаратом, причому накладання кисетного шва в зоні дистальної лінії резекції виконується проленовою ниткою 2-0 до етапу пересічення прямої кишки.

UA 111128 C2

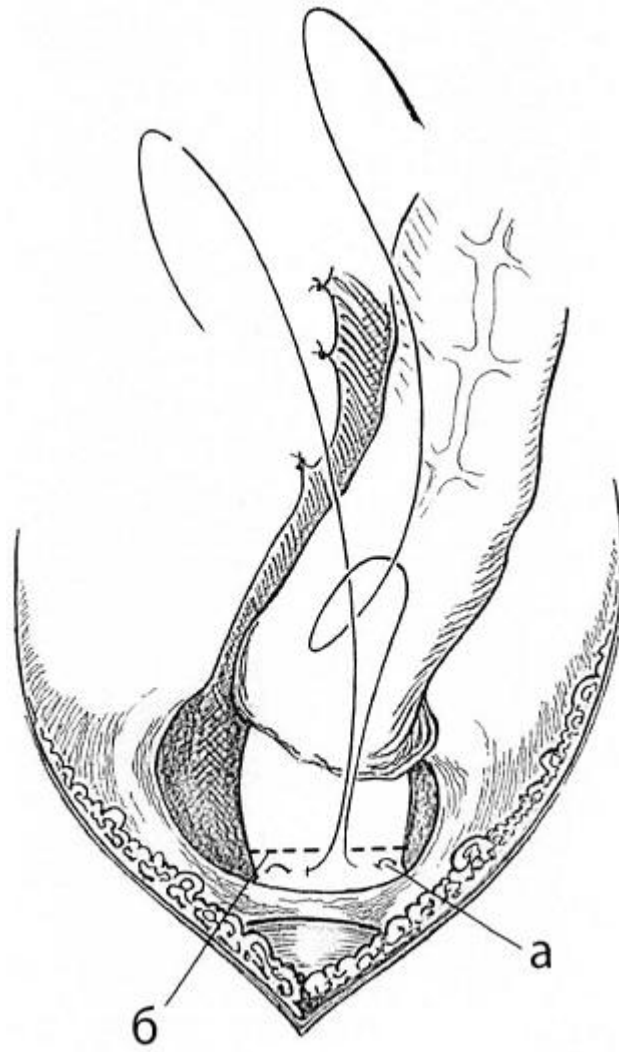


Fig. 1

Винахід належить до медицини, а саме до проктології та онкопроктології, і може бути використаний для формування кишкового анастомозу апаратним швом відкритим методом.

Альтернативою у формуванні анастомозу при виконанні низьких передніх резекцій прямої кишки з виконанням ободово-прямокишкового анастомозу подвійним апаратним швом чи так званім бістеплерним методом, або накладанням кисетного шва на куксу прямої кишки за допомогою однойменного інструмента (для кисетного шва) схожого на затискач Furniss, є формування анастомозу апаратним методом з накладанням кисетного шва на куксу прямої кишки ручним способом.

Відомий спосіб формування міжкишкового анастомозу при виконанні низької передньої резекції прямої кишки апаратним швом, при якому пряму кишку розтягують затискачем (що полегшує накладання кисетного шва), і після пересічення передньої стінки прямої кишки виконується накладання безперервного кисетного шва проленовою ниткою 2-0 на передню стінку прямої кишки зліва направо по лінії пересічення. Після накладеного шва на передню стінку пересікають задню стінку і продовжують накладати кисетний шов [Атлас абдоминальної хірургії / Эмилио Итала; (пер. с англ. Ю.Б. Мартова). - М: Медицинская литература, Т III, 2008. 433 с.]. Подальший етап операції виконується за загальноприйнятим методом формування анастомозу при низькій передній резекції із застосуванням степлера.

Недоліком відомого способу формування кисетного шва на куксу прямої кишки при виконанні низької передньої резекції із апаратним швом є висока ймовірність відриву прямої кишки по задній стінці при накладанні кисетного шва на пересічену передню стінку прямої кишки через те, що дана маніпуляція вимагає постійного натягу прямої кишки. В свою чергу, це призводить до значних технічних труднощів у виконанні низької передньої резекції прямої кишки.

В основу винаходу "Спосіб формування анастомозу при низькій передній резекції прямої кишки" поставлено задачу забезпечити накладання кисетного шва на куксу прямої кишки ручним способом для формування апаратного шва циркулярним зшиваючим апаратом.

Поставлена задача вирішується тим, що накладання кисетного шва в зоні дистальної лінії резекції виконується проленовою ниткою 2-0 до етапу пересічення прямої кишки.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після виконання лапаротомії виконують ревізію органів черевної порожнини. Розсікається тазова очеревина, перев'язуються і пересікаються нижньобрижові судини дистальніше відходження лівої ободової артерії, розправляється брижа сигмоподібної кишки. Після пересічення крайової судини і перевірки стану кровопостачання, кишка пересікається вище від верхнього краю пухлини на 10-15 см. Дистальний край резекції перев'язується, а проксимальний прошитий кисетним швом залишається відкритим і в його просвіт вводиться головка циркулярного зшиваючого апарата. Після чого кисетний шов зав'язується, закриваючи проксимальну куксу кишки і фіксуючи головку зшиваючого апарата. Проксимальна кукса і стержень головки обробляється антисептиком і розташовується в лівому латеральному фланку черевної порожнини. Після мобілізації прямої кишки і мезоректуму до тазового дна, виконується накладання кисетного шва в зоні дистальної лінії резекції, яка знаходиться на 2 см дистальніше нижнього краю пухлини, проленовою ниткою 2-0 (фіг. 1а). Після чого на пряму кишку накладається Г-подібний затискач над кисетним швом, а із сторони промежини аноректум промивається антисептичним розчином. Далі пряма кишка з пухлиною пересікається між Г-подібним затискачем та кисетним швом (рис. 1б) і видалається. Через тазову контрапертуру проводиться дренирування порожнини таза і промивання розчином антисептика. Через анальний канал в просвіт кукси прямої кишки вводиться циркулярний зшиваючий апарат і поворотом гвинта проти годинникової стрілки виводиться наконечник, на якому зі сторони черевної порожнини зав'язується кисетний шов (фіг. 2). На апарат фіксується головка із проксимальною куксою, проводиться їх зближення та прошивання з формуванням анастомозу механічним (апаратним) швом.

Приклад. Пацієнт Г., 57 років, госпіталізований в проктологічне відділення Хмельницької обласної лікарні з діагнозом: Рак с/а відділу прямої кишки $PT_3N_0M_0G_2C_4$ ІІА стадія. 20.01.2015 р. виконано оперативне втручання: Лапаротомія, низька передня резекція прямої кишки з формуванням сигмо-наданального анастомозу "кінець в кінець", циркулярним степлерним апаратом. Під час операції, після мобілізації прямої кишки і мезоректуму до тазового дна, виконано накладання кисетного шва в зоні дистальної лінії резекції, яка знаходилась на 2 см дистальніше нижнього краю пухлини (над анальним каналом) проленовою ниткою 2-0. Після чого на пряму кишку накладено Г-подібний затискач над кисетним швом, а зі сторони промежини аноректум промито антисептичним розчином. Далі пряму кишку з пухлиною перетято вище пухлини на 15 см та пересічено між Г-подібним затискачем та кисетним швом і видалено. Через тазову контрапертуру проведено дренирування порожнини таза і промито

- розчином антисептика. Через анальний канал в просвіт куksi прямої кишки введено циркулярний зшиваючий апарат і поворотом гвинта проти годинникової стрілки виведено наконечник, на якому зі сторони черевної порожнини зав'язано сформований кисетний шов. На апараті зафіксовані головка із проксимальною куксою, проведено їх зближення та прошивання з формуванням анастомозу механічним (апаратним) швом. Післяопераційний період перебігав задовільно, ускладнень не відмічалось.

ФОРМУЛА ВІНАХОДУ

- 10 Спосіб формування анастомозу при низькій передній резекції прямої кишки, який передбачає накладання кисетного шва на куksу прямої кишки ручним способом для формування апаратного шва циркулярним зшиваючим апаратом, який **відрізняється** тим, що накладання кисетного шва в зоні дистальної лінії резекції виконують проленовою ниткою 2-0 до етапу пересічення прямої кишки.

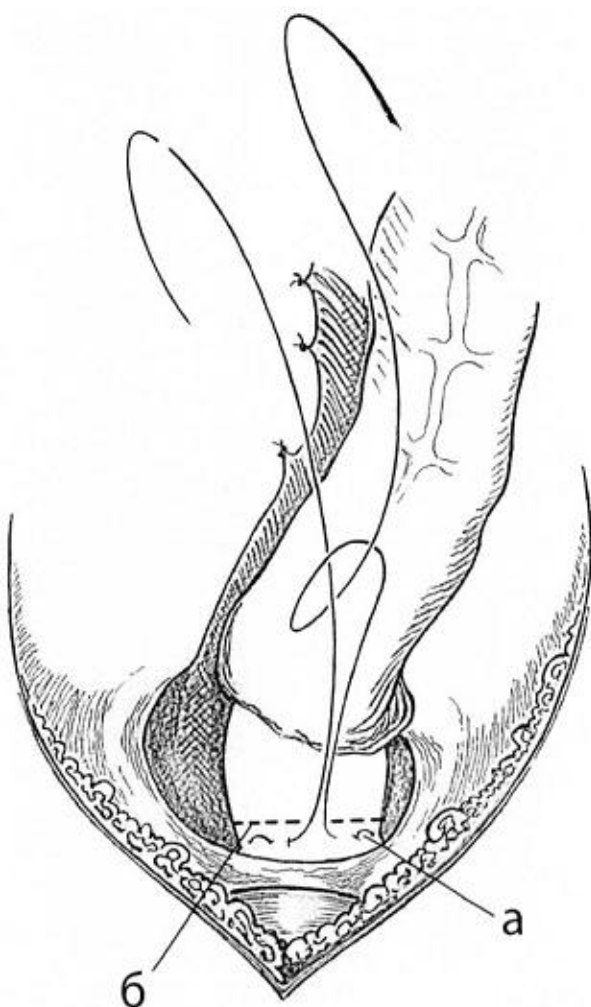


Fig. 1

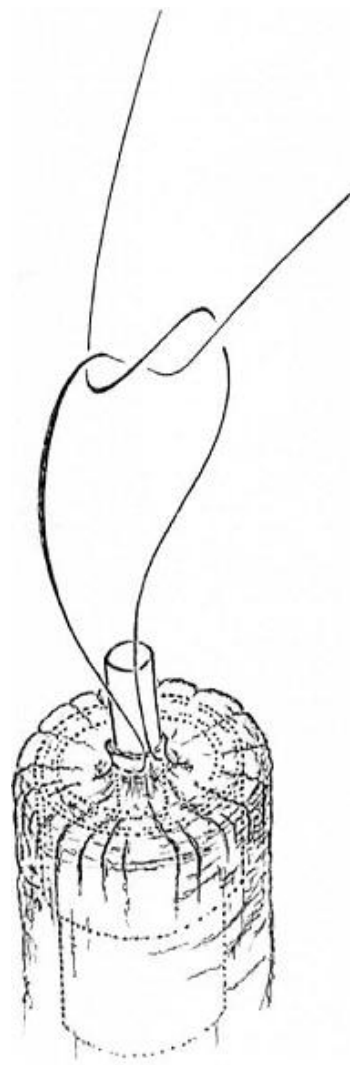


Fig. 2

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601